

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Preddiplomski studij psihologije

Kristina Vulić

Seksualno zdravlje i seksualna terapija

Završni rad

Mentor: prof. dr. sc. Predrag Zarevski

Osijek, 2011.

Sažetak

Ovaj završni rad bavi se definiranjem seksualnog zdravlja i seksualne terapije. Seksualno zdravlje se najčešće definira kao odsustvo bolesti, no takva definicija je preuska. Ona zanemaruje činjenicu da je određen broj žena i muškaraca, iako se ne mogu potužiti na neku određenu smetnju, mogu biti kronično nezadovoljni vlastitim seksualnim životom. Većina psihologa se slaže s definicijom da seksualno zdravlje jest stanje koje obilježava izostanak seksualnih smetnji i zadovoljstvo vlastitim seksualnim životom. Seksualnim problemom naziva se stalna ili učestala nemogućnost postizanja seksualnog zadovoljstva, koja izaziva stres, nezadovoljstvo ili probleme u vezi (Mamula, 2010). Seksualna terapija podrazumijeva niz postupaka kojima je cilj uspostaviti individualno seksualno zdravlje i/ili seksualno zdravu vezu, odnosno ublažiti posljedice poremećaja seksualnog zdravlja i omogućiti lakše nošenje s njima. Premda seksualna terapija nije uvijek uspješna, u većini se istraživanja pokazalo da je visokoučinkovita.

Ključne riječi

Seksualno zdravlje, seksualne smetnje, seksualna prava, seksualna terapija

Sadržaj

1. Uvod.....	3
2. Definicija seksualnog zdravlja i seksualnih problema	4
3. DSM klasifikacija seksualnih poremećaja	6
3.1. Poremećaji seksualne želje.....	6
3.2. Poremećaji seksualnog uzbuđenja	8
3.3. Orgazmički poremećaji	9
3.4. Poremećaji vezani uz bol.....	10
3.5. Seksualna disfunkcija povezana s općezdravstvenim stanjem	10
3.6. Seksualna disfunkcija izazvana nekom supstancijom	10
4. Seksualni problemi žena: nova klasifikacija	12
5. Prevencija seksualnih smetnji	14
6. Seksualna terapija.....	15
6.1. Uloga terapeuta i odabir seksualnog terapeuta.....	15
6.2. Model Mastersa i Johnson.....	16
6.3. Drugi pristupi seksualnoj terapiji	18
6.3.1. H.S. Kaplan-novi model.....	18
6.3.2. Analitički orijentirana seksualna terapija	18
6.3.3. Bihevioralna terapija	18
6.3.4. Biomedicinski model	20
6.3.5. Plissit model	21
7. Zaključak.....	23
8. Literatura	24

1. UVOD

Seksualnost se odnosi na samu jezgru ljudskog bića koja uključuje spol, rod, seksualni i rodni identitet, seksualnu orijentaciju, eroticizam, emocionalnu privrženost i ljubav, te reprodukciju (WHO, 2001; prema Mamula, 2010.) Svatko ima seksualne osjećaje, stavove, uvjerenja i potrebe, no doživljaji seksualnosti svakoga od nas jedinstveni su, jer se stvaraju kroz izrazito osobno stajalište. Ovo stajalište rezultat je osobnih unutarnjih iskustava, ali i kulture, odnosno okruženja u kojem osoba živi. Nemoguće je razumjeti seksualnost čovjeka bez priznavanja njezine multidimenzionalnost. Stjecanje podataka o seksualnosti može pomoći u sprječavanju seksualnih problema, a može pomoći i da buduće naraštaje bolje podučimo seksualnosti. Seksualnost je široki pojam koji se odnosi na sve aspekte toga da netko jest i da se osjeća seksualno.

Zdrava seksualnost je obilježje sredine koja štiti i njeguje seksualna prava svih članova. Povelja, koju je usvojila skupina Svjetske zdravstvene organizacije, pod seksualnim pravima navodi sljedećih jedanaest točaka: pravo na seksualnu slobodu; pravo seksualne autonomije, integriteta i zaštite seksualnog tijela; pravo na seksualnu privatnost; pravo na seksualnu jednakost; pravo na seksualni užitak; pravo na emotivnu seksualnu ekspresiju; pravo na slobodno seksualno združivanje; pravo donošenja slobodnih i odgovornih reproduktivnih odluka; pravo na znanstveno utemeljene informacije o seksualnosti; pravo na sustavnu seksualnu edukaciju; pravo na zaštitu seksualnog zdravlja (Štulhofer, 2004).

Seksualne smetnje se mogu odnositi na različite faze ljudske seksualne reakcije: faza želje, uzbuđenja i/ili orgazma. Postoje dva načina klasificiranja seksualnih smetnji; prvi seksualne smetnje djeli na poremećaje seksualne motivacije, poremećaje seksualnog uzbuđenja, poremećaje orgazmičke funkcije i na poremećaje vezane uz seksualnu bol. Drugi način klasificiranja uzima u obzir trajanje, uzroke i kontekst pojedine seksualne smetnje (Mamula, 2010).

Da bi u potpunosti razumjeli pojam seksualnosti i što on znači moramo znati što označava pojam seksualno zdravlje te u kojim slučajevima i na koji način se primjenjuje seksualna terapija. Cilj ovog završnog rada je upravo to, detaljnije proučiti seksualno zdravlje, seksualne smetnje te različite vrste seksualne terapije.

2. DEFINICIJA SEKSUALNOG ZDRAVLJA I SEKSUALNIH PROBLEMA

Seksualno zdravlje se najjednostavnije definira kao odsutnost bolesti, točnije kao izostanak seksualnih problema, stalnih ili učestalih poremećaja seksualne motivacije i/ili funkcioniranja koji rezultiraju izraženim nezadovoljstvomi/ili interpersonalnim problemima. No, ta definicija je često preuska, odnosno zanemaruje činjenicu da je određen broj muškaraca i žena, iako se ne mogu potužiti na neku određenu smetnju, mogu biti kronično nezadovoljni vlastitim seksualnim životom. Stoga, u literaturi se najčešće nalazi definicija: seksualno zdravlje jest stanje koje obilježava izostanak seksualnih smetnji i zadovoljstvo vlastitim seksualnim životom (Charlton, 2004). Na seksualno zdravlje se može gledati kao na kontinuitet pozitivnih fizičkih, psihičkih i sociokulturnih iskustava povezanih sa seksualnošću, točnije na sposobnost osobe da uživa i izražava svoju seksualnost slobodno od rizika od spolno prenosivih bolesti, neželjene trudnoće, prisile, nasilja i diskriminacije. Seksualno zdravlje, također uključuje mogućnost doživljavanja seksualnog zadovoljstva, upuštanja u ravnopravne i međusobno zadovoljavajuće seksualne odnose koji su rezultat obostranog pristanka partnera/ica (Mamula, 2010).

Pri postavljanju dijagnoze seksualnog problema, važno je znati da se poimanje seksualno 'normalnog' razlikuje od kulture do kulture i od obitelji do obitelji. Društveno-gospodarsko, obrazovno i vjersko podrijetlo snažno utječe na pojedinčevo poimanje zdrave seksualnosti, standarda izvedbe i rodni uloga. Pri postavljanju dijagnoze seksualnog poremećaja prvo se utvrđuje nisu li seksualni simptomi bolje objašnjivi kao vid nekoga drugoga psihijatrijskog i/ili psihološkog ili zdravstvenog poremećaja. Da bi se nešto moglo klasificirati kao seksualna poteškoća mora izazivati značajne smetenje ili međuljudske poteškoće. Postoje tri podvrste koja se koriste za dobivanje dodatnih informacija o prirodi seksualne poteškoće (Charlton, 2004):

1. Poremećaj se može definirati kao oduvijek prisutan (od početka seksualnog funkcioniranja) ili stečen (razvijen nakon određenog razdoblja normalne funkcije)
2. Kontekst u kojem se poremećaj pojavljuje označen je kao generaliziran (poremećaj nije ograničen na određenog partnera, situaciju ili metodu stimulacije) ili situacijski (poremećaj ograničen na određenog partnera, situaciju ili metodu stimulacije);
3. Uzročni čimbenici seksualnog poremećaja mogu se pripisati ili psihičkim čimbenicima ili kombiniranim čimbenicima

Kod skoro svih je seksualnih problema prvi dijagnostički zadatak isključivanje medicinskih čimbenika. To je važno jer medicinski čimbenici zahtijevaju specifično liječenje koje nije u nadležnosti psihoterapeuta. Neka od stanja koja se moraju isključiti su menopauza, kronične bolesti ili kronična bol, uzimanje lijekova ili droga, depresija, kao i druge teže oblike mentalnih problema. Nakon isključenja medicinskih čimbenika terapeut zajedno sa klijentom postavlja ciljeve i strategije liječenja. Postavljanje ciljeva određuje smjer razvoja terapije te pomaže u određivanju što je sve nužno napraviti kako bi se riješili klijentovi problemi.

Da bi se ti ciljevi postigli, koriste se sljedeće strategije: redefiniranje seksa, izbjegavanje aktivnosti koje izazivaju napetost poput poticanja na seks, potrebe za erekcijom i drugo. Koriste se još istraživanje stvarnog doživljaja seksa te onoga što pacijenti traže od seksa, što im on znači, ispravljanje pogrešnih informacija o seksu, nalaženje ispravnih načina za razgovor između partnera o svojim problemima, i mnoge druge (Charlton, 2004).

3. DSM KLASIFIKACIJA SEKSUALNIH POREMEĆAJA

DSM, odnosno dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, IV, dijeli seksualne disfunkcije u šest kategorija (First, i sur. 1996):

1. Poremećaji seksualne želje
2. Poremećaji seksualnog uzbuđenja
3. Orgazmički poremećaji
4. Poremećaji vezani uz bol pri seksualnim kontaktima
5. Seksualna disfunkcija povezana s općezdravstvenim stanjem
6. Seksualna disfunkcija izazvana nekom kemijskom supstancijom

3.1. Poremećaji seksualne želje

Definirani su kao smanjeno zanimanje za seksualni interakciju. Hipoaktivna seksualna želja očituje se trajnom ili ponavljajućom smanjenosti seksualnog maštanja ili žudnje za seksualnom aktivnosti ili pak njihovim potpunim nedostatkom. Prilikom odlučivanja je li prisutan poremećaj seksualne želje, važno je uzeti u obzir da su neki ljudi zainteresirani za seks gotovo cijelo vrijeme, a da drugi imaju nisku ili naizgled nepostojeću razinu seksualnog interesa. Samo onda kad je seksualni interes izvor smetnji toj osobi ili odnosu, a nije voljni razlog, stanje se klasificira kao poremećaj seksualne želja. Seksualna averzija ekstremnije je stanje u kojem postoji stalna averzija i izbjegavanje svih genitalnih seksualnih kontakata s drugom osobom.

DSM IV opisuje sljedeće uobičajene probleme želje: hipoaktivna seksualna želja, smanjenje ili nepostojanje seksualne mašte i želje za seksualnom aktivnosti koje izaziva značajne smetnje ili međuljudske poteškoće, koje nije izazvano općezdravstvenim stanjem; te seksualna averzija, odbojnosti prema i izbjegavanje seksualnog kontakta sa seksualnim partnerom, što izaziva značajne smetnje ilimeđuljudske poteškoće, a nije izazvano općezdravstvenim stanjem. U kliničkoj praksi terapeut se najčešće susreće s ovim problemima želje (Charlton, 2004):

- I. Nesklad želja-najčešći i najneugodniji problem nije sam nedostatak želje, nego ako se u vezi između dva partnera postoji značajna razlika u želji za seksom. Prognoza za nesklad želja je dosta dobra ako je do nesklad izazvan situacijski, no u slučaju ako se razine želje nisu mijenjale tijekom odnosa prognoza je loša.
- II. Inhibirana ili hipoaktivna želja-kod ovog problema javljaju se pacijenti koji su si sami postavili dijagnozu, pacijenti koje je partner identificirao i par u kojem oba partnera očekuju snažniju međusobnu želju. Jedna od glavnih karakteristika problema inhibirane želje jest da je obilježen pitanjima krivnje i uspoređivanja. Prognoze izrazito variraju, ako pacijenti mogu priznati problem i spremni su raditi na njemu, prognoza je srednja. Pacijent koji odbija priznat problem ima vrlo lošu prognozu. Inhibirana želja često odražava dosadu u seksualnoj vezi.
- III. Seksualna averzija ili panika-osobe s ovim problemom često su ili samci (što uklanja motivaciju za traženje pomoći), ili u vezama u kojima nema seksa-namjerno ili samo po sebi. Seksualnu averziju prati snažna, neugodna fizička reakcija prema seksualnoj aktivnosti te se često javljaju mučnine, migrene, omaglica ili prava panika. Prognoza za one koji smatraju da se ne trebaju mjenjati, ali su na terapiji jer je to partner tražio od njih ili zato što misle da bi 'trebali', je vrlo loša. Za one kod kojih se problem seksualne averzije može vezati za neku traumu prognoza je malo bolja.
- IV. Hiperaktivna želja-o postojanju problema hiperaktivne želje trebalo bi se raspravljati jedino kad pacijenti nemaju izbora u svojim seksualnim radnjama. Ako seksualna želja i njezin pokušaj ispunjenja narušavaju pacijentov neseksualni život, može se razmišljati o kliničkom sindromu, a u slučaju ako pacijentovo traženje seksa ispunjava njegovo vrijeme te je zbog toga u nemogućnosti uspješno raditi ili se odnositi prema obitelji, ako ugrožava njegovo zdravlje, vodi uhićenju ili uništava značajnu vezu, postoji razlog za zabrinutost. Prognoza za oblik hiperaktivne želje popraćen oslabljenim poimanjem zbilje ili dubokim bijesom je loša. Ako je hiperaktivna želja izraz blagih oblika autodestruktivnosti koje pacijent može prepoznati, prognoza je dobra (Charlton, 2004).

Mnogim je ljudima inhibirana seksualna želja obrana protiv izazova koje njihova seksualnost postavlja pred njihovu sliku o sebi. To obuhvaća sljedeće: Ja sam kurva/perveznjak/preranjiv

sam, nisam lojalan, bit ću kažnjena. Gubitak seksualne želje 'riješava' takve unutarnje sukobe. Takve strategije su rijetko kad svjesno odabrane. Prihvatanje osjećaja i vlastite seksualnosti može dovesti do pozitivnijih odluka i osloboditi put prema sredstvima koja su nam potrebna za njihovo provođenje. Zadatak terapeuta u ovom slučaju je pomoći pacijentima da istraže kako su došli do takvih odluka, kakve su iskustvene implikacije te kako bi mogao djelovati alternativni način života.

Tehnike koje se se također pokazale izuzetno korisnima u liječenju poremećaka želje su: masturbiranja, masaže ruku, zabrane snošaja i drugih seksualnih izražaja (Charlton, 2004).

3.2. Poremećaji seksualnog uzbuđenja

Poremećaji seksualnog uzbuđenja uključuju smetnje pri fazi podmazivanja i oticanja u seksualnoj reakciji i podijeljeni su prema spolu. Poremećaj ženskog seksualnog uzbuđenja dijagnosticira se kada žena pokazuje stalnu nemogućnost održavanja dovoljne vlažnosti i vazokongestije pri odgovarajućoj stimulaciji. Muški erektilni poremećaj, naziva se još i impotencija, je trajna ili ponavljajuća nemogućnost održavanje erekcije do završetke seksualne aktivnosti. Oba poremećaja uključuju reakciju protoka krvi posredstvom parasimpatikusa te su stoga osjetljiviji na lijekove koji utječu na autonomni živčani sustav.

Erektilna disfunkcija progresivno se povećava s godinama, ali nije neizbježna posljedica starenja. Mnogobrojnost čimbenika koji utječu na erektilnu disfunkciju zahtijeva multidisciplinarni pristup njezinu savladavanju. Kod većine pacijenata postoji više od jednog čimbenika. Kod muškaraca s dijabetesom, na primjer, krvožilni, živčani i psihički čimbenici se mogu udružiti u uzrokovanje erektilne disfunkcije (Kinsey Institute, 2001).

Kategorije erektilne disfunkcije prema Charlton i sur. (2004)

I. Psihogeno izazvana erektilna disfunkcija

- A. Napetost-postoje mnoge pojavnosti napetosti, od pitanja izvedbe do nesigurnosti vezane uz osjećaj muškosti;
- B. Depresija-jedan od najuobičajenijih uzroka erektilne disfunkcije. Ponekad se seksualna poteškoća javlja kao simptom kod muškarca koji niječće svoje osjećaje i tvrdi da nije deprimiran;
- C. Nesvjestan seksualni sukob-ako ispod površine postoje seksualni problemi.

II. Organski uzrokovana erektilna disfunkcija

- A. Bolest ili povreda živčanog sustava-tumor, trauma, operacijski zahvat na mozgu, kralježnici, prostati ili rektumu;
- B. Bolest ili povreda cirkulacijskog sustava-arterioskleroza, dijabetes, hipertenzija, aneurizma, oštećenje vena, teška anemija, anemija srpastih stanica;
- C. Bolesti endokrinog sustava-hiperprolaktinemija, hipergonadotropni hipogonadizam, bolesti štitnjače, bolesti nadbubrežne žlijezde;
- D. Ljekovite i opojne tvari-antidepresivi, antihipertensivi, antiandrogeni, estrogeni, cimetidin, nikotin.

3.3. Orgazmički poremećaji

Orgazmički poremećaji uključuju poremećaj ženskog orgazma kojeg obilježavaju trajne ili ponavljajuće poteškoće vezane uz postizanje orgazma, ili nemogućnosti njegova postizanja nakon odgovarajuće faze uzbuđenja. Žena koja pati od toga sindroma može se ovlažiti i osjećati uzbuđenom, ali ne može postići orgazam unatoč odgovarajućoj stimulaciji. Jedan od poremećaja muškog orgazma, naziva se i odgođena ejakulacija, opisuje se kao trajni ili ponavljajući problemi vezani uz orgazam ili nemogućnost njegova postizanja nakon odgovarajuće faze uzbuđenja. Preuranjena ejakulacija, drugi poremećaj muškog orgazma, označava nepostojanje razumne količine kontrole nad ejakulatornim refleksom. Muškarac koji pati od preuranjene ejakulacije postiže orgazam uz minimalnu stimulaciju, prije nego ga želi ili je spreman na njega. Preuranjena ejakulacija se dijagnosticira na dva načina: prvi obuhvaća duljinu vremena tijekom koje je muškarac u stanju odgoditi orgazam, a drugi stupanj zadovoljstva koje muškarčeva partnerica doživljava tijekom seksualne interakcije. Niti jedan od ta dva načina nije zadovoljavajuć s obzirom da se ne usredotočuje na temelj problema a to je kontrola. Većina muškaraca nauči kako kontrolirati orgazam ovisno o količini stimulacije koju dobivaju, održavajući svoje uzbuđenje ispod točke ejakulatorne neizbježnosti. Osoba koja ima problema s preuranjenom ejakulacijom često nije u stanju registrirati i mjeriti stupanj svojeg uzbuđenja. Neki će muškarci postići orgazam čak i prije nego što saznaju da su uzbuđeni (Charlton, 2004).

Postavljanje dijagnoze poremećaja uzbuđenja ili orgazma možda na površini djeluje jednostavno. Ako se pacijenti ne uzbuđuju seksualno, imaju poremećaj uzbuđenja. Ako ne mogu postići orgazam, imaju poremećaj orgazma. Takav jasan pristup obično je točan, ali postoje i situacije u kojima ono što je očito nije odgovor.

3.4. Poremećaji vezani uz bol

Poremećaji vezani uz bol pri seksualnim kontaktima uključuju dispareuniju i vaginizam. Dispareunija se odnosi na trajnu ili ponavljajuću genitalnu bol pri seksualnom odnosu i kod muškarca i kod žena. To je dijagnostička kategorija koja uvijek zahtijeva cjelovit liječnički pregled. Vaginizam je trajan nehotičan grč cirkumvaginalnih mišića pri pokušaju penetracije. Najčešće se događa kod pokušaja snošaja, ali ponekad i kod ginekoloških pregleda. Budući da neke žene osjećaju sram u razgovoru o svojim genitalnim reakcijama te budući da neke žene i ne znaju da taj poremećaj postoji, važno je pitati sve žene koje se tuže na bolan snošaj jesu li primijetile mišićni grč ili poteškoće prigodom vaginalnog pregleda. Ponekad će se žena koja nije uzbuđena, pa stoga niti ovlažena, žaliti na bolan snošaj. Pažljiva i cjelovita seksualna povijest pomoći će kod razlikovanja slučajeva poremećaja ženskog seksualnog uzbuđenja od vaginizma i dispareunije (Heiman, Lo Piccolo, 2004).

3.5. Seksualna disfunkcija povezana s općezdravstvenim stanjem

Dijagnoze koje spadaju pod ovu kategoriju postavljaju se kada povijest, fizički pregled ili kada laboratorijski testovi upućuju da je seksualna poteškoća u potpunosti objašnjena izravnim fiziološkim učincima neke fizičke bolesti. Sve simptome koji se pokazuju kod određenih seksualnih poremećaja mogu izazvati neka općezdravstvena stanja, što nužno dovodi do toga da se mogućnost fizičkog uzroka seksualnih poteškoća ne može isključiti samo na temelju postojećih seksualnih simptoma (Heiman, Lo Piccolo, 2004).

3.6. Seksualna disfunkcija izazvana nekom supstancijom

Radi se o čestoj grupi uzroka seksualnih smetnji. Pri postavljanju dijagnoze povijest, fizički pregled ili laboratorijski nalazi moraju upućivati da je seksualna poteškoća u potpunosti objašnjiva uzimanjem te tvari ili da su se simptomi razvili tijekom ili unutar mjesec dana od intoksikacije tom tvari ili da je uzimanje lijekova etiološki povezano s tom smetnjom (Heiman, Lo Piccolo, 2004).

Razumijevanje pacijenata sa seksualnim poteškoćama trebalo bi uključivati formulaciju psihodinamike svakog pojedinca te opis prirode odnosa među partnerima. Terapeut mora biti u stanju uvidjeti kako se seks uklapa u kontekst pacijentova života. Mora pokušati shvatiti ne samo kako je poremećaj postao takvim kakav jest, nego i ulogu koju igra u psihičkoj i međuljudskoj ekonomiji pacijenta, koji drugi sukobi i problemi muče pacijenta te na koji način pacijent obično rješava ili propušta riješiti probleme vanjskog ili unutarnjeg svijeta (Masters, Johnson, Kolodny, 2006).

4. SEKSUALNI PROBLEMI ŽENA: NOVA KLASIFIKACIJA

Ova klasifikacija proizašla je iz rada 11 stručnjakinja koje su se okupile u grupi naziva 'Radna grupa za novi pogled na seksualne probleme žena'. Nova klasifikacija je učenjena zbog toga što navedena grupa autorica smatra da postoje veliki nedostaci APA-ine klasifikacije seksualnih problema (uklopljene u DSM), kad se ta klasifikacija pokuša primjeniti na žene. DSM izjednačava seksualnu reakciju muškaraca i žena, izostavlja kontekst seksualne reakcije, izostavlja brojne razlike među samim ženama i tako dalje. Radna grupa seksualne probleme je definirala kao nezadovoljstvo bilo kojim emocionalnim, tjelesnim ili relacijskim aspektom seksualnog iskustva. Čimbenike koji mogu utjecati na stvaranje seksualnih problema kod žena Radna grupa dijeli na četiri skupine (Tiefer, 2001):

4.1. Seksualni problemi izazvani socio-kulturalnim, političkim ili ekonomskim faktorima

Radna grupa ovu prvu skupinu čimbenika radi lakše klasifikacije dalje dijeli na četiri podskupine: 1) neznanje ili zabrinutost izazvani neadekvatnim seksualnim odgojem, nedostupnošću zdravstvene zaštite, ili drugim društvenim ograničenjima; 2) izbjegavanje spolnog odnosa ili tegobe izazvane sviješću o neispunjavanju kulturnih norma povezanih s ispravnom ili idealnom seksualnošću; 3) inhibicije izazvane sukobom između seksualnih norma vlastite supkulture ili izvorne kulture i norma dominantne kulture; 4) nedostatak zanimanja, zamor ili nedostatak vremena zbog obiteljskih i poslovnih obaveza.

4.2. Seksualni problemi povezani s partnerom/icom i vezom

Ova skupina podijeljena je na pet podskupina: 1) inhibicija, izbjegavanje ili tegobe izazvane prevarom, odbojnošću, strahom od partnera/ice, partnerovim/ičinim zlostavljanjem ili nejednakim odnosima moći u paru, ili izazvane partnerovim/ičinim negativnim obrascima komuniciranja; 2) neslaganje u željama za seksualnom aktivnošću ili sklonostima različitim seksualnim radnjama, 3) neznanje ili inhibicija prilikom izražavanju vlastitih sklonosti ili iniciranja, tempiranja ili oblikovanja seksualnih radnji; 4) gubitak seksualnog interesa i uzajamnosti kao rezultat konflikta oko svakodnevnih pitanja ili koji su rezultat traumatičnih iskustava poput neplodnosti ili smrti djeteta; 5) inhibicije prilikom uzbuđivanja ili spontanosti zbog partnerova/ičina zdravstvenog statusa ili seksualnih problema.

4.3. Seksualni problemi izazvani psihološkim faktorima

Čimbenici ove skupine podijeljeni su na dvije podskupine: 1) seksualna averzija, nepovjerenje ili inhibicija seksualnog užitka izazvane prethodnim iskustvima tjelesnog, seksualnog ili emocionalnog zlostavljanja, općim problemima ličnosti vezanim uz bliskost, odbijanje, suradnju ili vlastita prava, depresija ili tjeskoba; 2) seksualna inhibicija uzrokovana strahom od spolnih činova ili njihovih mogućih posljedica poput boli prilikom snošaja, trudnoća, spolno prenosive bolesti, gubitak partnera i slično.

4.4. Seksualni problemi izazvani medicinskim faktorima

Probleme koje izaziva ova skupina čimbenika Radna grupa pobliže opisuje kao gubitak ili izostanak tjelesne reakcije za vrijeme spolnog čina usprkos sigurnom i zaštitničkom interpresonalnom okružju, posjedovanju adekvatnog seksualnog znanja i pozitivnim seksualnim stavovima. Ovakvi problemi mogu biti izazvani: brojnim lokalnim ili sistemskim zdravstvenim stanjima koji utječu na neurološki, neurovaskularni, krvotočni, endokrini ili druge sustave u tijelu, trudnoćom, spolno prenosivim bolestima ili drugim stanjima povezanim sa seksom, nuspojavama mnogih lijekova, medikamenata ili medicinskih terapija, iatrogenim stanjima.

5. PREVENCIJA SEKSUALNIH SMETNJI

Prevenција seksualnih smetnji vjerojatno počinje već s ulogom roditelja koji pruža djeci seksualne informacije primjerene dobi i dopušta im da o seksualnosti razgovaraju otvoreno i iskreno. Izrazito negativni obiteljski stavovi prema seksu mogu stvoriti predispoziciju kod djeteta za kasnije seksualne smetnje. Prilikom razmišljanja o vlastitoj seksualnosti ljudi bi se trebali voditi sljedećim savjetima (Masters, Johnson, Kolodny, 2004):

1. Pristupiti seksu kao mogućnosti za istraživanje i intimnost. Seks usmjeren prema nekom cilju stvara zahtjeve za uspjehom, što dovodi do promatranja i ometanja reaktivnosti.
2. Potrebno je razviti otvoren, učinkovit način komuniciranja s partnerom. Pogađanje što partner želi je najčešće iznimno teško. Učinkovita komunikacija uključuje sposobnost da se kaže ne, jednako kao i da.
3. Ne vjerovati svemu što se pročita ili čuje o seksu. Mnoge su knjige i članci u kojima se govori o tome kako bi ljudi 'trebali' reagirati u najbolju ruku pojednostavljeni, a mogu biti i netočni i pogrešni.
4. Ako se pojavi seksualni problem bilo koje vrste, nužno je o tome raspraviti s partnerom, umjesto pretvaranja da problem ne postoji. Često uporabom neke od metoda usmjeravanja osjeta ili literature za samopomoć moguće je doći do rješenja problema. No ako problem ne prolazi razmjerno brzo, potrebno je potražiti stručnu pomoć.

6. SEKSUALNA TERAPIJA

Prije 1970-ih većina ljudi kojima je bila potrebna pomoć u vezi seksualnih problema obraćali su se doktoru opće prakse. U to vrijeme bilo je malo onih koji su naišli na korisne savjete i kojima se stvarno pomoglo. Do 1970-ih postojala je svega nekolicina stručnjaka na području seksualnog funkcioniranja i seksualnih problema i oni su najčešće bili medicinskog obrazovanja te su ljudi bili prisiljeni živjeti bez nade u moguća rješenja svojih seksualnih problema. Pionirskim radom Mastersa i Johnson seksualna terapija dobiva svoje zaslužno mjesto te započinje razdoblje pravog rješavanja seksualnih problema. Seksualni terapeuti su otkrili da kombinacija edukacije, specifičnih vježbi promjena ponašanja i kratka psihoterapija pomažu parovima sa seksualnim problemima (Luria, Friedman, Rose, 1987).

6.1. Uloga terapeuta i odabir seksualnog terapeuta

Masters i Johnson prilikom odabira seksualnog terapeuta predlažu (Masters, Johnson, Kolodny, 2006):

1. Prvo se obratiti centrima za seksualnu terapiju koji su povezani sa sveučilištima, medicinskim fakultetima ili bolnicama. Druga je mogućnost da lokalna zdravstvena služba, udruga psihologa ili liječnik opće prakse da popis kvalificiranih terapeuta.
2. Pitati za edukaciju i školovanje seksualnog terapeuta. Ako nije voljan o tome razgovarati, predlažu odustajanje. Osim odgovarajuće diplome s priznatog sveučilišta, seksualni terapeut mora imati i postdiplomsku edukaciju iz seksualne terapije koja je sadržavala i supervizije
3. Predlažu i izbjegavanje terapeuta koji daju nerealna očekivanja ili jamče izlječenje, kao i terapeute koji kao metodu izlječenja predlažu seksualni odnos s njim/s njom.
4. Potrebno je uvjeriti se i da je terapeut spreman razgovarati o troškovima liječenja, rasporedu liječenja i planovima na otvoren i jasan način

Osoba terapeuta se često opisuje kao posrednika u seksualnim borbama u pojedincu ili između partnera. Nekim je klijentima terapeut možda prva osoba u životu koja svjedoči njegovu seksualnom biću bez prosuđivanja-osoba koja mu daje dopuštenje razgovarati, učiti, pitati, eksperimentirati, biti seksualna, tražiti savjet, razumjeti značenje njegova seksualnog iskustva (Charlton, 2004).

6.2. Model Mastersa i Johnson

Pristup Mastersa i Johnson je znatno drugačiji od prijašnjih pristupa na više načina. Na primjer, radi se isključivo s parovima, jer se smatra da ne postoji emocionalno neuključeni partner u predanoj vezi u kojoj postoji neka vrsta seksualne poteškoće. To ne znači da partner uvijek uzrokuje problem, već se naglašava da taj problem utječe na njega/nju, kao i na odnos. Nadalje, utvrdili su da su podaci oba partnera korisniji nego jednostrano gledište koje daje osoba/klijent. Pristup nalaže i sudjelovanje dva terapeuta- muškog i ženskog, koji rade zajedno kao koterapijski tim. Ovakav tim povećava terapijsku objektivnost i ravnotežu spolova. Masters i Johnson povezuju fiziološke i psihološke podatke u prosudbi i liječenju, smatraju da je važno prepoznati organska stanja koja mogu zahtijevati medicinsko ili kirurško liječenje a ne terapiju. Konačno model uključuje brz, intenzivan pristup rješavanju seksualnih problema (Masters, Johnson, Kolodny, 2006). Partneri se viđaju s terapeutima svakodnevno tijekom dva tjedna (prosječno trajanje terapije je kraće od 12 dana). Ovakav model omogućuje svakodnevni, kontinuirani pristup koji je koristan za neke aspekte seksualne terapije, kao što je smanjivanje anksioznosti ili pomoć partnerima da isprave pogreške. Partneri se također savjetuje da se isključe, kad god je to moguće, od svakodневnih aktivnosti tijekom dva tjedna terapije kako bi mogli posvetiti svoju pažnju odnosu (Masters, Johnson, Kolodny, 2006).

Osim ovih općih napomena, važna su i neka dodatna načela liječenja (Masters, Johnson, Kolodny, 2006):

1. Terapija je individualizirana da bi se zadovoljile specifične potrebe svakog para. Što se točno radi, najviše ovisi o vrijednostima i ciljevima partnera. Terapeuti moraju izbjeći nametanje vlastitih stavova pacijentima
2. Seksualna terapija usmjerava se na prepoznavanje problema koji blokiraju učinkovito seksualno funkcioniranje i na pomaganje ljudima da uklone ili nadvladaju ove probleme.
3. Zbog toga što strah od (ne)uspjeha i 'promatranje' imaju središnje mjesto u slučajevima seksualnih smetnji, terapiji se pristupa na nekoliko razina. Pristisci za uspjehom od početka se uklanjaju zabranom direktnih seksualnih kontakata. Nakon toga se partnerima pomaže da ponovo otkriju senzualnu ugodu u diranju i primanju dodira, bez cilja nekog točno određenog seksualnog odgovora.

4. Utvrđivanje tko je 'kriv' za seksualne probleme odbacuje se kao neučinkovito. Umjesto toga, partnerima se pomaže da utvrde što ih čini da se osjećaju ugodno i opušteno, odnosno napeto ili nervozno. Kod ovog pristupa svakog se partnera potiče da preuzme odgovornost za sebe, a ne da čeka da njegov/njezin partner napravi 'pravo' raspoloženje.
5. Pomaganje partnerima da utvrde da je seks samo jedna komponenta njihova odnosa. Često, kad se u životu ljudi pojavi seksualni problem, on uzrokuje da oni toliko brinu o seksu da posvećuju neproporcionalnu količinu vremena razmišljanju i razgovaranju o ovoj temi. U seksualnoj terapiji je očito da kad se odnos partnera poboljša izvan spavaće sobe, da će to vjerojatno imati pozitivne učinke i na zbivanja u spavaćoj sobi.

Prvi susret počinje se kratkim predstavljanjem partnera i njihovih koterapeuta te se objašnjavaju zbivanja u sljedećih nekoliko dana. Zatim se pacijenti odvajaju i uzima se detaljna anamneza svakog partnera, što čini istospolni terapeut. Nakon toga, koterapeuti se sastaju kako bi raspravljali o tome što su čuli, pa ponovo uzimaju anamnezu, ali u ovom slučaju ženski terapeut uzima anamnezu muškarca dok anamnezu ženske osobe uzima muški terapeut. Prvi dan završava detaljnim fizikalnim pregledom oba partnera.

Drugi dan terapije sastaju se oba partnera i koterapeuti. Terapeuti iznose svoju prosudbu seksualnih i neseksualnih problema s kojima se partneri susreću i daju iskreno mišljenje o mogućnostima za izlječenje. Terapeuti pokušavaju objasniti najvjerojatnije uzorke seksualnih problema ili smetnji i objašnjavaju pristup liječenju. Drugi dan obično završava prijedlozima da se isprobaju vježbe 'usmjeravanja na osjete' u privatnosti sobe. U prvom stadiju vježbu usmjeravanja na osjete partnerima se kaže da imaju dvije seanse u kojima će svaki od njih imati priliku dirati tijelo partnera-pri čemu su grudi i genitalije 'zabranjeni'. Cilj ovog diranja je da se uspostavi svijest o osjetima prilikom diranja, točnije da se zapazi glatkoća, oblik, temperatura tijela i drugo. Osoba koja dira dobiva upute da radi ono što smatra zanimljivim, a ne ono što misli da bi partner volio. Stadij usmjeravanja na osjete ima specifičnu funkciju- terapeuti dopunjavanju anamnezu, smanjuje se anksioznost i daje prilika za učenje vještina neverbalne komunikacije, uklanja potrebu za uspjehom i drugo.

Od trećeg dana, partneri i koterapeuti se sastaju učetvero, premda povremeno terapeuti mogu razgovarati s pacijentom individualno, da utvrde postoje li neke poteškoće o kojima jedan od partnera oklijeva govoriti u prisutnosti drugoga. Svakog od partnera se traži da

opiše događanja u prethodna 24 sata, pri čemu se osobita pažnja posvećuje modelima komuniciranja i interakcijama tijekom zadataka usmjeravanja na osjete (Masters, Johnson, Kolodny, 2006).

6.3. Drugi pristupi seksualnoj terapiji

6.3.1.H.S. Kaplan-novi model

Helen Singer Kaplan povezala je mnoge metode Mastersa i Johnson s principima psihoanalitičkog liječenja. Po njezinom mišljenju, seksualne reakcije ljudi se najbolje mogu shvatiti ako se gledaju kao tri odvojene no međusobno isprepletene faze: želje, uzbuđenja i orgazma. Ona drži da je poremećaje želje najteže liječiti jer su obično povezani s duboko ukorijenjenim psihološkim smetnjama. Da bi riješila složenije slučajeve, ona koristi produženi oblik seksualne terapije u kojem se traži dublji uvid koji je usmjeren na nesvjesne konflikte (Masters, Johnson, Kolodny, 2006).

6.3.2.Analitički orijentirana seksualna terapija

Prema Kaplanovu i Sadockovu ' Priručnik kliničke psihijatrije' jedna od najučinkovitijih metoda liječenja jest istodobna uporaba seksualne terapije (uvježbavanje bihevioralno-seksualnih vještina) s psihodinamički ili psihoanalitički orijentiranom terapijom. Dodavanje psihodinamskih koncepata bihevioralnim tehnikama koje se rabe u liječenju seksualnih smetnji omogućuje liječenje bolesnika sa seksualnim poremećajima koju su u vezi s drugom psihopatologijom (Kaplan, Sadock, 1998).

6.3.3.Bihevioralna terapija

Operativni pristup bihevioralnoj terapiji jest pažljiva analiza problematičnog ponašanja i uporaba pozitivnih i negativnih potkrepljivača koji su prilagođeni individualnom slučaju. Postupno izlaganje zamišljanju seksualne aktivnosti može se koristiti prije izlaganja realnoj seksualnoj situaciji u okviru vježbi usmjerenoj na osjete. Ove tehnike su vrsta desenzibilizacije, kod koje kontrolirano izlaganje ograničenoj količini anksioznosti pomaže uklanjanju te anksioznosti. Uvježbavanje relaksacije (učenje određenih vježbi disanja i mišića da se umanjí napetost) i trening asertivnosti (učenje kako reći što se osjeća i što se želi) druge su metode koje se koriste za umanjivanje anksioznosti. Cilj ovih tehnika jest uspostavljanje ili ponovo vraćanje verbalne i seksualne komunikacije među partnerima. Posebne vježbe propisuju se da pomognu osobi ili paru kod njihova specifična problema. Početne vježbe

usmjerene su na verbalnu razmjenu i nakon toga na povećanu senzoričku svjesnost onoga što se vidi, dodirne ili onjuši. Na početku snošaj nije dopušten i partneri se miluju, ali ne podražuju genitalije. Vidljiva anksioznost smanjena je jer su nepotrebni odgovori u vidu genitalnog uzbuđenja i orgazma da bi se izvršile početne vježbe (Luria, Friedman, Rose, 1987). Tijekom ovih vježbi usmjeravanja osjeta, klijent dobiva potporu i snagu da reducira anksioznost. Klijente se potiče da se koriste maštom kako bi ih se omelo u njihovim opsesivnim zabrinutostima u vezi s izvođenjem (promatranje). Potiče se izražavanje obostranih potreba. Otpori, kao što su pritužbe na umor ili da nema dovoljno vremena da se vježba završi, česti su i moraju se razraditi s terapeutom, gdje se raspravlja o problemima i zadovoljstvima, i seksualnim, ali i onim iz drugih područja klijentova života (Masters, Johnson, Kolodny, 2006).

a) Tehnike i vježbe vezane uz specifične smetnje-različite tehnike rabe se kod različitih poremećaja (Luria, Friedman, Rose, 1987):

1. Vaginizam-ženi se preporučuje da proširi rodnični otvor prstima ili dilatatorima.
2. Preuranjena ejakulacija-rabi se tehnika stiskanja kako bi se povisio prag penilne ekscitiranosti. Bolesnik ili njegov partner snažno stisne koronarni rub glavića pri prvom osjetu nadolaženja ejakulacije. Erekcija se smanjuje i ejakulacija sprječava. Oblik ove vježbe je i tehnika stop-start. Kako se uzbuđenost povećava, prekida se podraživanje, ali se ne rabi stiskanje.
3. Poremećaj želje kod muškaraca-muškarcu se povremeno kaže da se samozadovoljava da bi mu se pokazalo da su mogući i potpuna erekcija i ejakulacija.
4. Poremećaj orgazma kod žena-ženi se savjetuje da se samozadovoljava, katkad uz uporabu vibratora. Potiče se maštanje.
5. Odgođena ejakulacija-u početku se provodi izvanrodična ejakulacija, a zatim se postupno izvodi ulazak u rodnicu nakon podraživanja gotovo do ejakulacije.

b) Bihevioralne tehnike-izvješćuje se da su uspješne kod 40-85% slučajeva. Za 10 % slučajeva koji ne reagiraju na liječenje smatra se da trebaju individualnu psihoterapiju. Otprilike trećina parova sa smetnjama koji ne reagiraju na bihevioralne tehnike zahtijevaju kombinaciju bračne i seksualne terapije (Kaplan, Sadock, 1998).

6.3.4. *Biomedicinski model*

U posljednjem desetljeću učinjeni su značajni koraci u liječenju organskih oblika seksualnih smetnji kod muškaraca tehnikama različitim od terapije 'razgovorom'. Najuočljiviji primjer ovog pristupa je korištenje operativnih zahvata za implantaciju u penis, uređaja koji omogućuje snošaj kad se izgubi tjelesna sposobnost erekcije zbog bolesti ili ozljede. Nedavno se proširila i manje intenzivna metoda 'uradi sam'-vanjski vakuumski aparat. Kod ovog pristupa preko penisa se stavi plastični cilindar, nakon čega se polugom ispumpa zrak. Usisavanjem se krv uvlači u penis, zbog čega on otekne. Kad se to dogodi, gumenim prstenom ili vrpcom čvrsto se poveže korijen penisa, na kojem ostane do 30 minuta, kako bi se imao snošaj. Ove su vakuumske pumpe muškarci sa smetnjama erekcije vrlo dobro prihvatili, pri čemu oko 80% muškaraca izjavljuje da su mogli imati snošaj nakon primjene ove metode. Problem koji se javlja kod vakuumskih pumpi je da erekcije nisu tako čvrste kako bi to htjela većina muškaraca, a budući da na korijenu penisa nema nikave erekcije, penis se njiše više nego što je to normalno. Još jedna metoda koja se danas koristi uključuje primjenu lijekova koji uzorkuju privremene erekcije, nakon injiciranja u penis. Muškarce se podučiti da primjene ove injekcije kod kuće, erekcije izazvane lijekom obično traju jedan do dva sata (Masters, Johnson, Kolodny, 2006).

6.3.5. *Plissit model*

Plissit model predstavlja kognitivno-bihevioralni model koji se u posljednje vrijeme dosta koristi i smatra se korisnim vodičem kroz ophođenje sa seksualnim materijalom tijekom sesije. P označava 'permission' (dopuštenje). Nekim klijentima samo treba nečije dopuštenje kako bi prešli seksualne barijere. LI označava 'limited information' (ograničene informacije). Ponekad je potrebno klijentu ponuditi informacije koje nedostaju. SS označava 'specific suggestions' (konkretni prijedlozi). Često je potrebno koristiti dodatne materijale za smanjenje čuvstvene nelagode, ili u sesiju uključiti i nekog drugog seksualnog terapeuta. IT označava 'intensive therapy' (intenzivnu terapiju), što se odnosi na situacije kad je pacijentu potrebno uputiti profesionalnim stručnjacima medicine ili seksualne terapije. No i ovaj model ima svoja ograničenja, on primjerice ne govori o tome što stvara prostor unutar kojeg se seksualna pitanja uopće i mogu pojaviti, zaobilazi i pitanje kako da terapeut izađe na kraj s napetosti koja se neizbježno javlja kada razgovaramo o seksualnim pitanjima (Charlton, 2004.)

6.4. Učinkovitost seksualne terapije

Uzimajući u obzir da postoji mnogo različitih modela seksualne terapije, a i činjenicu da je ova specijalnost razmjerno nova, ocjenjivanje učinkovitosti ovih pristupa je teško. Većina istraživanja do danas nije imala kontrolne skupine, a mnoga se izvješća temelje na malom broju slučajeva. Drugi su problemi:

- 1) nedostatak ujednačenih definicija smetnji,
- 2) razlike u odabiru pacijenata,
- 3) teškoće u definiranju uspješnosti i neuspjeha,
- 4) nedostatak odgovarajućeg praćenja (periodične provjere rezultata nakon završetka terapije).

Psiholozi Bernie Zilbergeld i Michael Evans (1980; prema Masters i Johnson 2004) kritizirali su podatke Mastersa i Johnson o učinkovitosti seksualne terapije na temelju nekoliko metodoloških kriterija. Točnije govoreći, oni sumnjaju u kriterije koje su Masters i Johnson koristili za ocjenu ishoda terapije, pri tome kažu da su dobiveni rezultati posljedica nedostatne strogoće u klasificiranju pojedinih slučajeva. Osim toga, oni drže da su rezultati Mastersa i Johnson na umjetan način napuhani odabirom najboljih kandidata za liječenje. Masters i Johnson odgovaraju da od 50 parova koji se prijave na Institut Masters i Johnson samo 1 bude odbijen, a kriteriji koji su korišteni za ocjenu ishoda razmjerno su strogi.

Neke od kritika seksualne terapije, prema Masters i Johnson (2004), kažu da je to nehuman, mehanicistički postupak. Neki psiholozi tvrde da seksualna terapija 'sramoti' seks i da 'nastoji seksualnu aktivnost odvojiti od raspoloženja, osjećaja i emocija žudnje i ljubavi'. Prema njima terapija je vrsta 'uvježbavanja u kojem se jedan od partnera svodi na radnika koji pritišće dugmad'. Masters i Johnson navode da se je uspjeh ili neuspjeh subjektivan doživljaj. Neki klijenti u seksualnoj terapiji koje se klasificira kao 'neuspješne' mogu na terapiju gledati kao na vrlo korisnu. Dok drugi koje bi terapeuti ocijenili kao 'uspješni' mogu i dalje biti nesretni ili anksiozni. Na kraju, moguće je i da se partneri ne slažu oko toga je li terapija bila uspješna. U svim ovim situacijama nemoguće je reći koje je stajalište točno, a koje je pogrešno. Seksualna terapija ne nudi trenutačno izlječenje, u velikom broju istraživanja, koja navode Masters i Johnson, se pokazalo da može značajno pomoći mnogim ljudima. Još jedna od velikih prednosti seksualne terapije je da napredak postignut tijekom seksualne terapije najčešće je dugotrajan. Premda seksualna terapija nije lijek za sve i nekim ljudima je

potrebna drugačija vrsta stručne pomoći, seksualna terapija je uspjela poboljšati živote tisuća ljudi sa seksualnim teškoćama (Masters, Johnson, Kolodny, 2006).

7. ZAKLJUČAK

U ovom radu obrađivane su teme seksualnog zdravlja i seksualne terapije. Seksualno zdravlje se odnosi na kontinuitet pozitivnih fizičkih, psihičkih i sociokulturalnih iskustava povezanih sa seksualnošću, sposobnost osobe u uživanju i izražavanju svoje seksualnosti i to slobodno od rizika i spolno prenosivih bolesti, neželjene trudnoće, prisile, nasilja i diskriminacije. Seksualno zdravlje uključuje mogućnost doživljavanja seksualnog zadovoljstva, upuštanja u ravnopravne i međusobno zadovoljavajuće odnose koji su rezultat obostranog pristanka partnera/ica (Mamula, 2010).

Seksualne smetnje su stanja kod kojih su poremećene tjelesne reakcije seksualnog funkcioniranja. Kod muškaraca, glavne seksualne smetnje su smetnje erekcije, prijevremena ejakulacija, nesposobnost ejakulacije i odgođena ejakulacija, a kod žena, to su anorgazmija, vaginizam i dispareunija. Da bi se govorilo o seksualnim smetnjama, potrebno je da se problem javlja često, da traje neko vrijeme te da izaziva značajne osobne i/ili interpersonalne poteškoće (Mamula, 2010).

Razmišljajući o seksualnom zdravlju kao o trajnom procesu, prevencija seksualnih smetnji nameće se kao imperativ. Postoji mnogo različitih pristupa seksualnoj terapiji i u ovom radu su opisani samo najpoznatiji, točnije model Mastersa i Johnson, bihevioralni model, biomedicinski model, Plissit model i model H.S. Kaplan.

8. Literatura

- Američka psihijatrijska udruga (1996): *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (DSM IV). Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Charlton, R. (2004.) (ur.): *Rješavanje seksualnih problema*. Zagreb: Profil.
- Heiman, R.J. i Lo Piccolo, J. (2004.): *Kako postići orgazam i uživati u seksu*. Zagreb: Profil.
- Kaplan, H.I. i Sadock, B.J. (1998). *Priručnik kliničke psihijatrije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Luria, Z. i Friedman, S. i Rose, M.D. (1986). *Human sexuality*. Singapore: John Wiley & Sons
- Mamula, M. (2010). *Psihologija seksualnost-skripta s predavanja*. Osijek: Filozofski fakultet.
- Masters, W.H. i Johnson, V.E. i Kolodny, R.C. (2006). *Ljudska seksualnost*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kaplan, H.S. (2003). *Psihoterapija poremećaja seksualne želje-problemi spolnog funkcioniranja*. Jastrebarsko: Naklada Slap..
- Štulhofer, A. (2004) . *Seksualna prava, seksualno zdravlje i sloboda*. Zagreb. Pliva zdravlje.
- Tiefer, L. (2001) A new view of women's sexual problems: Why new? Why now?. *Journal of Sex Research*, 38, 89-96
- http://www.hdst.hr/docs/KinseyInstitute_terapeutska_brosura.pdf

Savjeti za rješavanje seksualnih problema. Klinika za seksualno zdravlje. Kinsey institut. Bloomington. SAD.